

La
tuberculose pulmonaire
chez la femme enceinte
Son évolution - Son traitement

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 28 mai 1945

PAR

LOUIS BOUZIGUES

Interne à l'Hôpital de Sète

né à Toulouse le 4 Juin 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS
DE LA THÈSE { MM. VIDAL, Professeur, *Président*.
BOUDET, Professeur.
BERT, Agrégé. } *Assesseurs*
CADERAS de KERLEAU, Agr. }

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1945

La tuberculose pulmonaire
chez la femme enceinte



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555601_0082

La
tuberculose pulmonaire
chez la femme enceinte
Son évolution - Son traitement

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine
de Montpellier

le 28 mai 1945

PAR

LOUIS BOUZIGUES

Interne à l'Hôpital de Sète

né à Toulouse le 4 Juin 1917

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

EXAMINATEURS DE LA THÈSE	{	MM. VIDAL, Professeur, <i>Président</i> .	{	<i>Assesseurs</i>
		BOUDET, Professeur.		
		BERT, Agrégé.		
		CADERAS de KERLEAU, Agr.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE DE LA CHARITÉ
(Pierre-Rouge)

1945

PERSONNEL DE LA FACULTE

PROFESSEURS

Chaires :

Anatomie	MM. J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HÉDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale	BAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales	PAGÈS.
Thérapeutique et matière médicale	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
— — — — —	GIRAUD <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
— — — — —	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N...
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIÈRE, <i>doyen hon.</i>
Clinique des malad. des enf. et hygiène du 1 ^{er} âge	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i>
Clinique gynécologique	AIMES
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale	TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie.....	LAUX.
Histologie.....	GRANEL.
Radiologie.....	LAMARQUE.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE,
VIREs, BOSc, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

CHARGÉS D'ENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES

Chimie.....	MONNIER <i>agréé</i> .	Clinique de la tuber-	
Microbiologie	CARRÈRE <i>agréé</i> .	culose.....	VIDAL, <i>professeur</i> .
Histoire nat. médic.	HARANT, <i>agréé</i> .	Pathologie et propé-	
Pharmacologie	HARANT, <i>agréé</i> .	deutique chirurgicale	MOURGUE-
Pathologie médicale.	BOUCOMONT, <i>agr.</i>		MOLINES, <i>agr.</i>
— — — — —	BERT, <i>agréé</i> .	Pathologie chirurg.	TRUC, <i>agréé</i> .
Propédeutique médi.	P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Chirurgie expérim....	N...
Clinique interne.....	PUECH, <i>professeur</i> .	Médecine opératoire.	ROUX, <i>agréé</i> .
Clinique des malad.		Accouchements ...	CADERAS
contagieuses	JANBON, <i>professeur</i> .		de KERLEAU, <i>agr.</i>
		Stomatologie	HOUPERT <i>Dr. en méd.</i>

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Médecine	MM. P. RIMBAUD	Chirurgie.....	MM. MOURGUE-MOLINES
—	BOUCOMONT	—	ROUX
—	BERT	Urologie	TRUC
—	LAFON, <i>chargé d'agr.</i>	Accouchements....	CADERAS
Chimie.....	MONNIER.		DE KERLEAU
Bactériologie ...	CARRÈRE.		
Hist. nat. médic.	HARANT.		



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

C'est à vous que je dédie ce modeste travail en témoignage de mon affectueuse tendresse et en reconnaissance de tout ce que vous avez fait pour moi.

A MA FEMME ET A MA FILLE

*Qui furent le soutien et le réconfort
des jours pénibles que j'ai traversés.
Que Dieu m'accorde de rester long-
temps parmi elles.*

**A MON FRÈRE AINÉ
LE DOCTEUR PAUL BOUZIGUES**
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

*Il restera toujours pour moi un modèle
et un exemple.*

A MES BEAUX-PARENTS

A MES FRÈRES

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. VIDAL

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse.

Nous tenons à le remercier pour la bienveillance qu'Il n'a cessé de nous témoigner et nous le prions de croire à toute notre respectueuse reconnaissance pour tout ce qu'il a fait pour nous.

A MON JURY DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOUDET

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CADERAS DE KERLEAU

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-M. BERT

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE SÈTE

MONSIEUR LE DOCTEUR YVES BOREL

Médecin-Chef de l'Hôpital

*qui nous a quotidiennement guidé de
ses conseils éclairés pendant notre séjour
à l'hôpital de Sète. C'est à lui que nous
devons le meilleur de notre formation
médicale*

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOULIER

Chirurgien-chef de l'Hôpital

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. BRUNIQUEL

Médecin-chef de la Maternité de Sète

*Qui nous a aidé et conseillé dans ce
travail.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TH. GUIRAUDEN

Médecin-chef honoraire de la Maternité de Sète

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT DE SÈTE

INTRODUCTION

La question grossesse et tuberculose a de tout temps intéressé les médecins, et ceux-ci se sont toujours demandés quels rapports unissaient la tuberculose et la fonction de reproduction chez la femme ; son intérêt n'est donc pas neuf. Il est cependant plus que jamais d'actualité puisque la guerre a amené avec son cortège de privations, de restrictions et de souffrances, un notable accroissement de cette redoutable maladie. Les statistiques de ces quatre dernières années de guerre ont en effet démontré d'une façon péremptoire que les adolescents et les jeunes adultes étaient les principales victimes de la bacillose. Il est donc intéressant de se poser à nouveau la question de l'influence de la grossesse chez les jeunes femmes tuberculeuses et de mettre au point le traitement moderne de cette affection chez elles.

Pour être complet, nous allons envisager un rapide historique de la question.

Jusqu'au milieu du XIX^e siècle, l'opinion générale était que la gestation modérait ou même arrêtaait complètement dans sa marche la phtisie pulmonaire. Il est incontestable que des auteurs comme FRANÇ, BOUNIN, BRIÛUDE, DUGES, ne devaient avoir observé que ces cas favorables où l'importante ascension diaphragmatique dans les derniers mois de la grossesse comprimait la base des poumons et faisait office de pneumothorax artificiel (amélioration d'ailleurs passagère puisque cette compression cessait après l'accouchement).

C'est ce qu'avait remarqué le médecin montpelliérain ROZÈRES DE LA CHASSAGNE dans son manuel *des Pulmiques* :

« Après l'accouchement, disait-il, les symptômes reviennent avec violence et provoquent la mort en peu de temps. »

Depuis DUBREUIL et GRISOLLE, en 1852, on ne conteste plus l'action néfaste de la gestation sur la tuberculose pulmonaire. Mais, si actuellement tous les phthisiologues et les accoucheurs sont d'accord sur ce point, l'entente n'est pas encore réalisée sur le traitement.

PETER, et bien d'autres avec lui, avait observé que c'est à partir du cinquième mois que les symptômes d'aggravation devenaient très nets : la toux augmente et les hémoptysies se produisent. Il avait insisté également sur l'évolution foudroyante de la phthisie dans le post-partum, les femmes qui allaitaient évoluant plus rapidement que les autres.

Il était donc logique de supprimer les causes d'aggravation chez les tuberculeuses gravides ; c'est-à-dire d'interrompre la grossesse par un avortement thérapeutique.

Ce fut là le sujet de discussions passionnées entre partisans de l'avortement et abstentionnistes. Disons seulement ici qu'on peut en gros distinguer deux écoles : l'école allemande avec SCHANTA, partisan de l'avortement systématique, et l'école française où les avis furent partagés.

Nous verrons dans la partie de notre thèse réservée au traitement de la tuberculose, que l'avortement thérapeutique a des indications bien définies quoique très difficiles à établir et que la tendance actuelle est de moins en moins à l'intervention.

La difficulté du traitement et les divergences d'opinion au sujet des rapports de la grossesse et de la tuberculose résident dans la tuberculose pulmonaire elle-même. En effet, l'influence de la grossesse sur la bacillose est facteur de la forme clinique de la tuberculose, d'où la nécessité d'envisager ici et de résumer les différentes formes cliniques de tuberculose.

FORMES CLINIQUES DE LA TUBERCULOSE

Auparavant et pour être complet, envisageons brièvement l'influence de la tuberculose sur la grossesse.

a) *La fécondation.* — On ne cite pas de cas de stérilité causé par la tuberculose ; il semble que la grossesse évolue aussi bien chez les tuberculeuses que chez les femmes saines ; l'avortement n'est pas plus fréquent. Si l'accouchement prématuré se poursuit, c'est que la parturiente est dans un état très grave et l'asphyxie provoque l'expulsion prématurée.

b) *L'accouchement.* — Se passe bien en général ; il est cependant quelquefois plus rapide, soit à cause de l'atonie des parties molles, soit parce que l'expulsion a été accélérée artificiellement pour éviter un effort inutile à une femme porteuse d'un pneumothorax.

c) *Le post-partum.* — La tuberculose n'est pas une cause d'infection puerpérale et les suites de couches ne sont pas influencées. Notons toutefois que l'infection puerpérale chez la femme tuberculeuse est très grave.

La question de l'influence de la tuberculose sur le fœtus est d'une importance capitale mais dépasse le cadre de notre sujet. D'après LUMIÈRE, l'hérédité tuberculeuse est la règle.

Avant d'envisager les formes cliniques avérées proprement dites, disons un mot des états pré-tuberculeux.

Ici se pose la question du déclenchement de la tuberculose par la grossesse.

Chez la plupart des femmes qui deviennent phtisiques au moment de leur grossesse, il est hors de doute que celle-ci n'est

qu'un des facteurs parmi tous les autres qui ont déclenché la maladie. Dans les années de guerre que nous vivons, la sous-alimentation, le surmenage, les conditions sociales défectueuses, la promiscuité familiale restent le facteur étiologique déterminant. Les grossesses répétées elles-mêmes amenant une décalcification intense de l'organisme sont favorables à l'éclosion tuberculeuse. Mais la gestation par elle-même ne semble pas avoir le rôle déclenchant primordial. Cependant, quand la tuberculose éclate avec la grossesse, l'évolution est toujours aiguë ou subaiguë.

Si donc la grossesse ne semble pas exercer d'influence sur l'apparition de la tuberculose, elle agit sans aucun doute sur les processus évolutifs en les aggravant. Ces processus évolutifs seront différents suivant la forme clinique.

Il nous serait difficile de décrire les formes classiques de la tuberculose, elles sont trop complexes et ne répondent pas aux besoins de notre étude. Nous adopterons la classification de DUMAREST. On distingue donc :

a) *Tuberculoses constructives* : ce sont les tuberculoses fibreuses, sclérosantes, non évolutives.

b) *Tuberculoses destructives* : ce sont les tuberculoses caséeuses, ulcéreuses, évolutives.

C'est là une classification très schématique, mais commode à étudier et suffisante pour le but que nous nous sommes proposé : l'étude de l'évolution et du traitement de la tuberculose chez les femmes enceintes.

I. — Tuberculoses destructives.

Elles sont caractérisées par leur marche rapidement évolutive. Du point de vue anatomique, les formes destructives de la tuberculose correspondent au processus exsudatif et au processus destructif. Le second succède généralement au premier quand la durée de l'évolution se maintient pendant quelque temps. Le plus souvent, chez la femme enceinte on n'observe que la forme

destructive, car au cours de la gestation les foyers pneumoniques tuberculeux curables sont rares. La marche de ces formes évolutives se fera suivant SERGENT de trois façons : la granulie, la généralisation rapide et la reprise évolutive lente.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR CES FORMES DESTRUCTIVES.

Il est évident que suivant les formes envisagées nous observerons des évolutions différentes.

Les formes destructives sont constamment aggravées, il se produit une augmentation des signes généraux et locaux, la toux augmente, l'expectoration plus abondante, chargée de bacilles ; on note l'apparition des signes précis d'auscultation : en général, râles humides et souffles bruyants ; en même temps que l'état général décline, un amaigrissement considérable survient ; la fièvre suit un mouvement d'ascension qui reflète les signes d'aggravation ; les sueurs nocturnes deviennent plus abondantes, l'asthénie est profonde. Tous ces signes ne sont que la marque de l'extension de la lésion ou de la formation de nouvelles lésions.

Le rôle de la grossesse dans cette aggravation est naturellement très difficile à établir. Déterminer le rôle exact de celle-ci sur la tuberculose ne peut se faire que par des statistiques envisageant, les unes l'évolution de la tuberculose destructive chez les femmes non gravides et, les autres, chez les femmes gravides.

En effet, WEYMERRSCH et OLBRECHTS font remarquer : « qu'il convient de tenir compte de la tendance spontanée de la tuberculose en dehors d'une grossesse intercurrente ».

Charles NORIS et FOSNER se sont aussi élevés contre la tendance à tout mettre sur le compte de la grossesse dans l'aggravation d'une tuberculose. Quoiqu'il en soit, l'apparition d'une hémoptysie, d'une courbe fébrile, d'une expectoration abondante chez des femmes qui n'en ont jamais eu, doit suffire à montrer le rôle aggravant de la gestation. La marche

de l'aggravation n'est jamais inexorable ; des temps d'arrêt plus ou moins longs peuvent se présenter au cours de l'évolution.

L'influence néfaste de la grossesse se fait sentir différemment suivant les cas qui se présentent. Plus la forme de bacillose sera vieille, plus les chances d'aggravation seront moindres, plus la forme sera neuve, plus fortes seront les chances d'aggravation.

Distinguons les tuberculoses antérieures à la grossesse et les tuberculoses coïncidant avec la grossesse.

a) *Tuberculoses antérieures à la grossesse.*

Les signes d'aggravation apparaissent en général vers le deuxième ou troisième mois, alors que dans les derniers ceux-ci sont plus rares mais beaucoup plus graves. L'opinion de VORON, au Congrès de Genève, est que « l'aggravation constatée à toutes les périodes de la puerpéralité l'est cependant plus souvent d'une façon plus intense dans les jours ou les semaines qui suivent l'accouchement ».

D'après DELMAS : « c'est l'utérus une fois évacué que la situation s'assombrit et trop souvent le désastre se consomme ».

Quand l'aggravation se produit dans le post-partum, elle éclate brusquement. L'évolution prend une allure granulique ou ulcéro-caséeuse à marche rapide. Le traitement n'est alors que d'une bien piètre utilité. Il est des cas où l'accouchement s'étant fait normalement et la tuberculose ne s'étant pas aggravée pendant la grossesse on peut croire tout sauvé. C'est alors que la femme ayant allaité son enfant, éclate brusquement une poussée que rien ne pourra arrêter. Il est de fait qu'à l'heure actuelle l'éducation des tuberculeuses leur a permis d'apprendre qu'il ne faut point allaiter le nouveau-né. Cette considération jointe à la surveillance médicale actuelle des tuberculeuses font que l'allaitement n'est plus aussi à craindre.

b) *La tuberculose éclate avec le début de la grossesse.*

Ces formes de tuberculose étant forcément jeunes, leur évolution sera d'un pronostic plus sombre. D'après RIST, la femme dont la bacillose apparaît aux trois premiers mois de la gestation, succomberait fatalement au cours de la grossesse ou après l'accouchement.

COUVELAIRE, au contraire, pense que la mortalité est plus élevée lorsque la maladie se déclenche vers la fin de la grossesse.

Actuellement, les statistiques ont démontré que si l'apparition de la tuberculose remonte :

- 1) à 1 an, il y a 25 % d'aggravation ;
- 2) à plus de 6 mois : 35 % ;
- 3) à moins de 6 mois : 45 % ;
- 4) apparaît au post-partum : 100 % de mortalité.

On constate donc que plus la tuberculose est d'une forme jeune plus elle est redoutable.

Il n'est pas besoin d'insister sur les autres facteurs qui entrent en jeu dans l'aggravation de la tuberculose par la grossesse. Ce sera tout d'abord l'état général, le degré de résistance plus ou moins grand du sujet, le moral de la malade. La vie de sanatorium nous a appris à remarquer que chez des malades à lésions égales en gravité et à résistance analogue, celui qui sait garder un bon moral guérit plus vite que le « cafardeux ». Enfin, la situation sociale elle-même entre en jeu pour des raisons multiples : conditions de fortune, de famille, etc...

Il faut enfin noter que les femmes à grossesses multiples sont, plus que les autres, exposées à une évolution rapide de leur maladie par suite de leurs pertes en sels minéraux et de leur fatigue.

II. — Tuberculoses constructives.

Nous engloberons dans ces formes toutes celles dans lesquelles la réaction fibrosante a la suprématie sur le processus caséifiant et destructif.

La réaction fibrosante se fait à des degrés très variables ; un diagnostic ne peut être établi seulement sur la quantité plus ou moins abondante de ce tissu, car sa présence ne répond pas au degré de gravité des lésions.

Cette réaction fibreuse, qu'elle soit localisée ou diffuse, démontre en tous cas la défense victorieuse de l'organisme contre l'infection bacillaire. C'est ce que démontre ces observations de malades prises dans tous les sanatoriums et dont la longue carrière de tuberculeux n'est pas différente de celle des gens bien portants. Leur vie est simplement coupée de temps en temps d'accidents plus ou moins légers, tels que : hémoptysies, fébricule, toux ; parfois même ces accidents sont réduits au minimum et il faut des preuves comme une émission de bacilles pour pouvoir signer la nature tuberculeuse.

INFLUENCE DE LA GROSSESSE SUR CES FORMES CONSTRUCTIVES.

Chez les malades porteuses d'une tuberculose fibreuse depuis longtemps confirmée le pronostic est très favorable. Il s'agit de malades, comme l'écrit DUMAREST : « dont l'affection est caractérisée par la lenteur d'une évolution qui comporte des accalmies indéfinies, par sa bénignité relative, par l'absence fréquente de phénomènes généraux et fonctionnels, notamment l'absence habituelle d'expectoration et, par suite, de vérification bactériologique et enfin, par la pauvreté ou l'absence de signes stéthacoustiques ».

Il peut arriver cependant quelquefois qu'au cours de la gestation la tuberculeuse fibreuse ait des hémoptysies plus ou moins abondantes.

Elles sont cependant presque toujours sans signes généraux

marqués. Ce qui importe avant tout chez ces malades, c'est de faire un diagnostic précis et de ne pas baptiser fibreuses des tuberculoses qui ne le sont pas et inversement, afin de pouvoir faire un pronostic exact et surtout un traitement adéquat. C'est ainsi que la constatation à la radiologie de cavernes pouvant être volumineuses ne doit pas entraîner automatiquement un traitement par un abortus si ces cavernes sont muettes et depuis longtemps noyées dans une gangue fibreuse. Et de fait, d'après DUMAREST, des femmes porteuses de lésions volumineuses ont très bien pu porter leur grossesse jusqu'au terme et franchir le cap du post-partum.

SERGEANT appelle ces formes cavitaires non évolutives des « formes stagnantes » : « il n'est pas exceptionnel, dit-il, de voir des tuberculeuses même cavitaires devenir enceintes, mener à terme leur grossesse et continuer de poursuivre sans aggravation le cours lent de leur phtisie. J'ai vu même une tuberculeuse chronique cavitaire faire deux grossesses parfaitement normales et ne mourir que trois ans après son second accouchement. »

CONCLUSION. — Nous venons donc de passer rapidement en revue les deux grandes éventualités qui peuvent se présenter : ou bien la grossesse coexiste avec la tuberculose sans l'influencer nullement, ou bien la grossesse aggrave la phtisie, en accélère l'évolution. Cette dernière éventualité étant malheureusement de beaucoup la plus fréquente, nous pouvons, dès maintenant, envisager que très souvent il faudra prendre une sanction thérapeutique, sanction thérapeutique qui sera appliquée au cas bien défini qui se présentera.

ÉTUDE DU TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CHEZ LA FEMME ENCEINTE.

Auparavant, nous devons nous poser une question. Quelle sera la valeur du produit de conception ? car le traitement que nous allons mettre en œuvre permettra bien souvent de donner la vie à un petit être indemne de toute affection d'après les uns, mais bacillisé d'après les autres. C'est là une question d'un intérêt majeur, mais le problème n'est pas encore résolu. Phtisiologues et accoucheurs sont très souvent bien embarrassés pour prendre une décision thérapeutique, car ils ont à choisir quelquefois entre la santé de la mère et la vie d'un enfant indemne peut-être de tuberculose.

a) D'après VAUVERTS et PAUCOT, le fœtus échappe à la tuberculose mais il hérite d'un terrain favorable à l'apparition de la bacillose. Ce n'est pas l'hérédité de « graine » mais de « terrain ».

b) D'après LANDOUZY, BAR, HERGOTT, le bacille peut passer au fœtus par le filtre imparfait qu'est le placenta. KUSS, dans sa thèse, en cite 120 cas indiscutables.

c) THÉORIE DE LUMIÈRE. — Pour LUMIÈRE, la tuberculose est héréditaire. Tout descendant de tuberculeux est tuberculeux lui-même au sens propre, c'est-à-dire que son sang est bacillifère ; mais antivégétatif sans être pour cela microbicide, ce qui permet au microbe de s'abriter dans son organisme à l'état de vie latente et sans pulluler. Cette pullulation peut se produire à n'importe quelle époque de la vie sous des influences faisant disparaître le pouvoir antivégétatif du sang.

La découverte de ces influences serait, d'après LUMIÈRE, la clé de la découverte du médicament spécifique de la tuberculose.

d) THÉORIE DE CALMETTE. — Rarement le bacille passe chez le fœtus. Ce serait un ultra-virus filtrant qui passerait dans le produit de conception. Les enfants ne présentant aucune lésion et non porteurs de bacilles seraient donc tuberculeux quand même, puisque l'inoculation au cobaye après filtration donnerait chez ce dernier des manifestations tuberculeuses.

D'après les statistiques citées dans le cours de M. CADERAS DE KERLEAU, 25 % des enfants sont atteints : 2 % mort-nés ; 10 % meurent dans les jours qui suivent avec le syndrome de dénutrition progressive : après la chute, le poids ne revient pas à la normale.

7 à 8 % meurent dans l'année qui suit.

Les 75 % d'autres se développent et croissent d'une façon parfaite si l'on a soin de les séparer de leur mère.

La proportion de non-contamination serait donc très forte et justifierait amplement la mise en œuvre du traitement chez les femmes enceintes tuberculeuses.

I. — Traitement médical.

A) LA CURE HYGIÈNO-DIÉTÉTIQUE (en sanatorium).

La cure sanatoriale bien comprise reste encore la base du traitement de la tuberculose pulmonaire, dans toutes ses formes. Elle s'impose surtout dans les formes bénignes, soit formes évolutives, soit formes stables. Dans les deux cas, elle placera la femme enceinte dans les meilleures conditions possibles pour mener à bien sa grossesse et la supporter avec le moins de chances d'évolution. Tous les malades qui ont été soignés savent que, comme le dit DUMAREST : « le sana-

torium placé dans les conditions climatiques les meilleures, pourvu des aménagements matériels les plus capables de rendre le traitement commode et efficace, dirigé par les médecins les plus compétents et les mieux outillés, assure aux malades des avantages incomparables, avantages moraux de tranquillité, d'ambiance, de distractions, de société, avantages médicaux, de direction intelligente et de surveillance toujours présente ».

La cure sanatoriale sera donc à conseiller avec prédilection chez toutes malades devenant enceintes.

ASTRUC écrit que ces résultats : « paraissent assez décisifs pour conclure que la cure sanatoriale peut, dans un nombre important de cas, avoir un résultat si favorable que le pronostic devient très différent de ce qu'il était dans la tuberculose non traitée ».

Il est à regretter cependant que seules les malades appartenant aux classes privilégiées puissent bénéficier de la cure sanatoriale. Les milieux moins favorisés ne peuvent accéder au sanatorium qu'après de multiples démarches faites par l'intermédiaire d'un dispensaire et prenant quelquefois le temps complet d'une gestation. La cure sanatoriale devient alors inutile. Il serait aussi d'utilité indispensable d'adjoindre une maternité au sanatorium féminin ; le choix des interventions, le moment opportun, les avantages du « sur place » ne pourraient qu'amener de bons résultats.

Quoiqu'il en soit, la cure sanatoriale reste encore la base du traitement de la tuberculose chez les femmes enceintes.

B) LA COLLAPSOTHÉRAPIE.

Comprend tous les moyens propres à collaber le poumon : pneumothorax, pneumothorax extra-pleural, thoracoplastie. C'est le pneumothorax, traitement médical par excellence de la tuberculose, qui nous arrêtera le premier.

Avant 1913 la découverte de FORLANINI n'était appliquée qu'avec prudence et hésitation. C'est en 1913 que KUTHY et

LOBMAYER (de Budapest) tentèrent le pneumothorax chez la femme enceinte.

Auparavant les phthisiologues hésitèrent beaucoup à l'appliquer aux gestantes. Ils s'appuyaient sur l'idée que la grossesse étant un surcroît de travail, la femme avait besoin de ses deux poumons. N'aurait-on pas au bout du compte une dyspnée intense et une tendance à l'asphyxie ? Ils craignaient aussi des accidents du côté cardiaque ; ils redoutaient la dilatation du cœur, surtout d'un cœur fatigué par la grossesse. Même appréhension du côté de l'appareil digestif. Les troubles digestifs de la grossesse étaient bien connus ; n'allait-on pas les aggraver par les accidents digestifs du pneumothorax ?

Actuellement les médecins n'ont plus aucune hésitation. On ne note presque jamais d'accident : pas d'accident respiratoire, pas d'accident cardiovasculaire.

La marche de l'accouchement, sa durée, la période d'expulsion ne sont pas influencées par l'affaissement pulmonaire. Tout au plus est-on parfois obligé de recourir à une prise de forceps en fin de travail pour éviter un travail du cœur et un essoufflement inutile.

Envisageons :

a) *Pneumothorax créé au cours de la grossesse.*

DUMAREST donne la règle suivante : « c'est l'allure évolutive des lésions beaucoup plus que leur étendue qui commande l'application du pneumothorax ». Ceci est une règle générale pour toute création de pneumothorax chez les tuberculeux. Il est logique de penser que chez la femme enceinte, cette règle sera plus stricte encore.

Dès que le phthisiologue a porté le diagnostic de tuberculose évolutive, il est d'une importance capitale d'agir rapidement si l'on veut éviter l'extension extrêmement rapide des lésions pulmonaires. Les résultats obtenus quand le pneumothorax a été créé à temps voulu sont aussi bons que chez les autres tuberculeux, plus spectaculaires même puisqu'ils permettent presque toujours à la grossesse d'arriver à son terme. Si les résultats obtenus sont favorables même avec un pneumo

incomplet, il ne faut pas gâter les choses par une intervention intempestive de section de brides par exemple.

En général, un pneumo même partiel permet d'arrêter l'évolution. Les interventions complémentaires se feront seulement quand la malade aura mené sa grossesse à terme et qu'elle pourra supporter une opération choquante.

b) Le pneumothorax est déjà établi quand la grossesse survient.

Il s'agit très souvent de femmes déjà traitées depuis fort longtemps pour tuberculose et dont le pneumothorax a fait déjà ses preuves. La plupart des observations montrent que la stabilisation se maintient malgré les fatigues d'une ou plusieurs gestations. Plus le pneumothorax est antérieur à la grossesse, moins on note d'accidents. Cela semblerait confirmer qu'on n'a pas le droit du point de vue social d'interdire le mariage aux tuberculeuses et que l'aphorisme de Peter, que d'aucun ont voulu appliquer à la bacillose : « filles pas de mariage, femmes pas d'enfants, mères pas d'allaitement » ne doit être porté que pour des cas bien définis et dont le médecin est seul conseiller.

Il est évident que les résultats ne sont pas toujours excellents et que les pneumothorax trop partiels qui ne stérilisent point l'expectoration n'empêchent pas une évolution parfois rapidement mortelle chez des malades dont l'état semblait s'être amélioré.

L'apparition de lésions au côté opposé peut quelquefois rendre nécessaire la création d'un second pneumothorax.

c) Pneumothorax bilatéral.

RIST et COULAUD ont publié en 1929, une observation d'une femme ayant une tuberculose évolutive traitée par double pneumothorax et qui devient enceinte aussitôt après la deuxième intervention. Le résultat fut remarquable d'autant plus que cette femme n'interrompit pas son travail.

Un pneumothorax bilatéral pratiqué en sanatorium avec toutes les garanties nécessaires a d'aussi bons résultats qu'un pneumothorax unilatéral. Il est évident qu'en fin de grossesse la gêne

mécanique est malgré tout très marquée, l'ascension diaphragmatique faisant l'effet, si l'on peut s'exprimer ainsi, d'un troisième pneumothorax.

Les indications du double collapsus par pneumothorax sont les mêmes que pour le pneumothorax unilatéral, tenant compte toutefois du bon état cardiaque et rénal de la patiente.

SERGEANT a proposé l'application du double pneumothorax comme préventif de la dépression diaphragmatique après l'accouchement. En pratique, il sera difficile d'envisager cette façon de faire, car il faudrait alors le faire systématiquement à toutes les malades porteuses de pneumothorax.

CONCLUSION .— Comme le dit très bien LÉON BERNARD : « Le pneumothorax restaure chez la femme l'aptitude à la maternité » et, de fait, un pneumothorax judicieusement établi donnera un double résultat : d'abord l'amélioration et souvent la guérison de lésions très étendues, ensuite il permet à la grossesse d'arriver à son terme et, par suite, la venue au monde d'enfants dont 75 % seraient indemnes de toute tare tuberculeuse.

Ceci est vrai surtout pour les femmes dont le pneumothorax a été créé avant leur gestation. C'est là un fait social très important et c'est en quelque sorte un résultat indirect de la découverte de FORLANINI.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Pel. Yvonne, 24 ans.

Premiers signes de tuberculose pulmonaire au début de janvier 1940 : hémoptysie légère (quelques crachats rougis). Auparavant elle avait ressenti quelques douleurs à la pointe de l'omoplate gauche, sa température est de 38° ; le soir la bacilloscopie ne donne que de rares bacilles.

Mise seulement au repos, elle regagne le poids qu'elle avait perdu.

Elle entre au sanatorium le 23 février 1940, jusqu'en septembre 1940. B.K. +.

Elle devient enceinte en mai, le pneumothorax est créé en juin avec une très légère réaction liquidienne dans le cul-de-sac.

On constate une nette amélioration des signes et la malade sort du sanatorium pour accoucher chez elle.

OBSERVATION II

Bon... Louise, 29 ans.

Atteinte de tuberculose ulcéro-caséuse droite obligeant à créer un pneumothorax droit.

Ce pneumothorax est incomplet et oblige à une opération de section de bride avec légère réaction liquidienne.

Elle accouche normalement d'un garçon et l'état pulmonaire ne s'en ressent pas.

OBSERVATION III

Jac... Eléonore, 23 ans.

Début en juillet 1937 par toux, expectoration abondante, fièvre élevée.

Son médecin la fait hospitaliser à Marseille où l'on crée un pneumothorax droit en fin juillet 1937. Ce pneumothorax est abandonné bientôt du fait de la symphyse progressive.

Elle sort de l'hôpital en décembre 1937 mais rentre au sanatorium de Hauteville, le 5 novembre 1940, sur sa demande. Elle en sort en juin 1941.

B.K. = 0 à la sortie.

En août 1941 elle présente une lésion à gauche qui l'oblige à être hospitalisée ; on crée un pneumothorax à gauche.

Elle sort en janvier, mais continue à être surveillée médicalement.

Elle se marie le 25 avril 1942.

En août 1942, deuxième séjour à Hauteville pour section de bride : pneumothorax total.

Elle en sort le 1^{er} mai 1943 et devient enceinte en juillet 43.

Elle accouche normalement en avril 1944. Poids du nouveau-né : 2 kg. 750.

OBSERVATION IV

Chos... Joséphine, 22 ans.

Elle vient du sanatorium de Lodève et est porteuse d'un pneumothorax gauche.

Elle entre enceinte de plusieurs mois. L'accouchement est normal.

Après la délivrance on constate une aggravation de l'état général : perte de poids.

Elle sort en janvier 1937 pour aller à Hauteville.

Le pneumothorax est entretenu régulièrement pendant deux ans. Guérison.

Elle fait un deuxième séjour en octobre 1940, enceinte de 8 mois. La grossesse a évolué normalement. L'accouchement est normal.

Cette nouvelle grossesse n'a eu aucune influence sur sa tuberculose stabilisée.

C) MÉDICATION GÉNÉRALE.

La médication générale nécessaire chez tout tuberculeux comme adjuvant de tout traitement tant médical que chirurgical sera doublement nécessaire chez une femme exposée plus que les autres aux déperditions en sels minéraux. Ces sels minéraux, sels de chaux en particulier dont l'apport est précieux chez tout tuberculeux, sera chez elle indispensable. On donnera donc des sels de chaux et comme mesure complémentaire on interdira l'allaitement ; c'est en effet l'allaitement qui après les fatigues de la grossesse est le plus grand facteur d'évolution par la perte en chaux qu'il représente. Il est très souvent responsable du coup de fouet évolutif du post-partum dont parlent les auteurs.

On y adjoindra une thérapeutique vitaminée, vitamine D en particulier, qui aidera à la fixation des sels de chaux.

SERGEANT conseille aussi d'employer des extraits de glandes surrénales et des extraits de rate. La surveillance des fonctions digestives sera stricte. Le traitement médical de la tuberculose gravis ne diffère pas sensiblement du traitement des autres

tuberculeux ; il sera seulement plus strict et le médecin devra être plus attentif. Il sera d'autant plus efficace que la malade sera en cure sanatoriale.

D) CHRYSOTHÉRAPIE.

Là encore les indications du traitement par les sels d'or ne diffèrent pas sensiblement de celles posées pour les tuberculeux en général.

La chrysothérapie sera employée dans les lésions évolutives bilatérales, dans la bilatéralisation des lésions au cours d'un pneumothorax unilatéral, lésions unilatérales non compressibles à cause d'une symphyse pleurale, phrénisectomie inefficace, c'est-à-dire dans les cas en général où la collapsothérapie a été sans effet.

Certains auteurs préconisent l'emploi de l'aurothérapie préventive dans la gestation des tuberculeuses. Seule ou associée au collapsus, elle a donné d'assez bons résultats ; néanmoins, si la chrysothérapie peut dans quelques cas de tuberculose unilatérale remplacer avec succès le pneumothorax quand celui-ci est impossible ou refusé, elle ne peut cependant pas le remplacer dans ses grandes indications.

Ce traitement semble ne pas gêner le cours de la grossesse ni avoir des effets sur le produit de conception:

Chrysothérapie intrapleurale.

Il arrive qu'un pneumothorax en apparence très favorable n'entraîne pas un effacement total des lésions pulmonaires.

La présence de brides rend le collapsus inopérant ; c'est dans ces cas qu'intervient la chrysothérapie intrapleurale curative. Elle est donc un traitement complémentaire du pneumothorax incomplet ou inefficace.

OBSERVATION V

Na... Juliette, 31 ans.

Début en avril 1942 après l'accouchement de son 6^e enfant.

Entre en janvier 1943 au sanatorium.

Le 25 janvier, création d'un pneumothorax droit incomplet.

Le 28 février 1943 on commence la chrysothérapie intrapleurale ; à ce moment-là elle est enceinte de 4 mois. La grossesse évolue normalement sans répercussion sur l'état pulmonaire.

Fin de la chrysothérapie qui a beaucoup amélioré l'état de la malade, le 15 mars. 1943.

II. — Traitement chirurgical.

Le traitement chirurgical employé au cours de grossesse ne réunit pas encore actuellement une quantité d'observations suffisante pour s'en faire une idée exacte. Une opération chirurgicale exécutée sur une femme tuberculeuse et enceinte sera toujours un obstacle difficile à surmonter.

a) *Phrénisectomie* :

C'est la moins choquante de toutes les interventions chirurgicales ; elle permet à la montée du diaphragme de se maintenir après le vide causé par l'évacuation de l'utérus. C'est donc une intervention qui semble rationnelle et qu'il faudrait faire chaque fois que la grossesse a donné des signes d'amélioration par ses effets mécaniques ; en second lieu pour remplacer un pneumothorax impossible à créer, enfin pour compléter un mauvais pneumothorax.

La phrénisectomie doit donc être une intervention d'attente permettant d'attendre des conditions plus favorables pour une opération plus choquante : section de brides, pneumothorax extra-pleural par exemple.

OBSERVATION VI

Her... Marthe.

Début en février 1938 pendant l'allaitement de sa fille après grossesse.

Elle fait plusieurs séjours au sanatorium.

Après échec du pneumothorax pour tuberculose ulcéro-caséeuse droite, phrénialcoolisation en septembre 1938.

En juin 1940 la malade est enceinte depuis fin mars.

Au milieu de la grossesse, amélioration de l'état, arrêt de l'expectoration et de la toux.

Le 18 décembre : accouchement normal.

Le 21 janvier : phrénisectomie droite.

b) *Pneumothorax extra-pleural* :

Quand il y a symphyse pleurale et alors qu'un bon pneumothorax permettrait aux lésions de ne point évoluer, se pose l'indication générale du pneumothorax extra-pleural.

MONAUD dit que « le pneumothorax extra-pleural peut se comporter comme une opération d'urgence, par exemple dans des cas évoluant vite dans un organisme surmené (femme enceinte) ».

L'opération, quoique moins choquante que la thoracoplastie, doit être pratiquée avec prudence et pour des indications que seul le spécialiste peut déterminer.

OBSERVATION VII

Lav... A., 19 ans.

Début en juillet 1941 par toux, sueurs nocturnes au début d'une grossesse.

Fin mars, accouchement.

Au mois d'avril : hémoptysies.

Le 24 avril 1942 on crée un pneumothorax extra-pleural droit.

En février 1943, intervention sur le phrénique pour collaber une caverne située sur la coupole diaphragmatique.

A ce moment, absence de règles depuis fin novembre. Une grossesse de 4 mois est en cours.

Elle accouche chez elle le 13 septembre 1943, d'une fille de 3 kg. 600.

Malade en bon état. Bacilloscopie négative.

C) THORACOPLASTIE.

Jusqu'en 1924 on ne signalait pas une seule opération de thoracoplastie pendant la grossesse. Les quelques cas heureux publiés depuis ne peuvent pas prétendre à donner à la thoracoplastie la valeur d'un traitement habituel chez la femme enceinte. Il est par contre plus fréquent de voir arriver une grossesse chez des femmes déjà opérées.

Quand la thoracoplastie sera formellement indiquée chez une gestante, elle sera rendue le moins choquante possible ; l'intervention sera faite à minima et ne visera à collaber que les lésions les plus importantes.

Néanmoins, cette opération est encore l'exception chez les femmes gravides.

Quand le phthisiologue est amené à y penser, c'est que la situation est fort grave et c'est alors que vient naturellement à l'esprit le traitement qui paraît logique dans cette situation : l'interruption de la grossesse.

D) L'AVORTEMENT THÉRAPEUTIQUE.

Nous avons déjà vu au début de notre travail que la question de l'avortement thérapeutique avait soulevé une multitude d'opinions contradictoires. A quoi cela tient-il ?

I. *Les arguments en présence :*

Résumons-les en disant que nous nous trouvons en présence de trois tendances :

— Les médecins et accoucheurs, la plupart des pays étrangers, qui interviennent toujours.

— Les médecins et accoucheurs français qui n'interviennent jamais.

— Les médecins et accoucheurs français qui interviennent quelquefois.

1) Chez les interventionnistes systématiques, la discussion se

résume à très peu : la grossesse doit être interrompue. C'est seulement la question technique de l'interruption qui fait les frais de la discussion.

2) Chez ceux qui n'interviennent jamais, la question est également vite réglée. Ils se basent sur le fait qu'il est impossible de juger dans quels cas l'aggravation de la tuberculose doit se produire. RIST, qui reconnaissait la gravité de l'association grossesse et tuberculose, s'élevait en 1929 à la Société d'Obstétrique et de Gynécologie contre l'avortement thérapeutique. D'après lui il n'arrête pas l'évolution de la tuberculose.

3) C'est l'opinion des partisans de l'intervention rationnelle qui prévaut en France. SERGENT n'hésite pas à conseiller l'avortement thérapeutique au début de la grossesse, dès qu'apparaissent les signes de l'évolution.

BRINDEAU, à la Société de la Tuberculose en 1932, rapporta les résultats éloignés de ses avortements thérapeutiques. Ils étaient tels qu'aucune critique ne fut apportée.

Le point de vue de l'intervention rationnelle et réfléchie étant actuellement adopté par beaucoup de phthisiologues et accoucheurs, voyons-en les indications et les contre-indications.

II. *Les indications logiques.*

L'avortement thérapeutique doit être limité dans le temps. Pour la plupart des auteurs il doit être pratiqué dans les trois premiers mois et seulement dans les formes curables.

BRINDEAU lui, permet d'arriver jusqu'au cinquième mois. Au delà, l'avortement ressemble beaucoup à un accouchement et cette opération n'a plus sa raison d'être. Il se fait en deux temps au lieu d'un seul jusqu'au quatrième mois.

On ne doit recourir à cette intervention que lorsque tous les moyens collapsothérapiques ont été épuisés ou lorsqu'ils s'avèrent impossibles à réaliser.

Il peut exister un précédent chez la même femme ; une grossesse antérieure ayant amené une évolution presque fatale, il n'est plus permis d'hésiter si une nouvelle grossesse intervient : on doit l'interrompre.

Plus délicate à prendre est la décision de l'avortement dans les cas où l'évolution se fait chez une malade jusque-là assez bien stabilisée. Cette décision doit être rapide pour ne pas laisser passer le temps propice de l'avortement.

Si dès le début de la gestation on constate un accroissement des signes généraux, des signes d'auscultation, de la fièvre, la question de l'interruption de la grossesse se posera légitimement.

Il en sera de même à plus forte raison si la gestation s'accompagne en plus des signes habituels d'une grossesse à son début : vomissements graves, signes de toxémie gravidique du début.

En définitive, si l'indication pratique de l'avortement thérapeutique est assez difficile à faire, elle est assez facile en principe : l'avortement est indiqué quand une grossesse amène une évolution rapide d'une tuberculose jusque-là bien supportée.

Il est évident que pendant le court délai de réflexion qui est accordé : trois ou quatre mois, on doit utiliser les autres procédés de thérapeutique.

Malheureusement, les cas qui se présentent sont toujours assez épineux et assez difficiles à résoudre.

Depuis le décret-loi du 29 juillet 1939, l'avortement thérapeutique est légalement autorisé. Les controverses juridiques soulevées jusqu'à cette date se sont alors apaisées. A l'heure actuelle l'avortement thérapeutique n'est plus seulement qu'une simple application directe du « droit de guérir ».

Le fondement juridique de l'interruption de la grossesse réside dans « l'état de nécessité ».

Celui-ci ne peut se justifier que dans les conditions suivantes d'après le Professeur BALTHAZAR :

- 1^o La mère peut courir un danger extrême ;
- 2^o Ce danger est sous la dépendance certaine de la grossesse ;
- 3^o Le danger cessera après l'interruption de la grossesse.

III. Contre-indications.

Il faut repousser l'intervention toutes les fois que la tuberculose n'évolue pas. Si aucun signe évolutif ne vient menacer la gestante, tout avortement serait un véritable crime.

D'un autre côté, il est parfaitement inutile d'arrêter une grossesse chez une femme dont l'évolution extrêmement rapide ne s'améliorerait pas pour cela : lésions granuliques, lésions ulcéreuses très étendues.

IV. *Conclusion.*

L'avortement thérapeutique est avant tout un problème de diagnostic.

LÉON BERNARD insiste là-dessus. Pour lui, il importe de se faire une opinion précise dans le minimum de temps. C'est par une observation de tous les instants, par des examens répétés : examens bactériologiques, radiologiques, que l'on pourra se faire une idée du caractère évolutif ou stabilisé de la tuberculose au cours de la grossesse. Pratiquement cela est fort difficile, car il n'existe pas de moyen qui, en présence d'une poussée bacillaire évolutive, nous permette de discerner l'avenir.

En pratique, avant de décider un avortement thérapeutique, il faudra s'entourer de toutes les garanties scientifiques possibles.

Seule, la collaboration de l'accoucheur et du phtisiologue peut donner un bon résultat.

Hors du domaine scientifique et médical de la question, il est un problème social, religieux et moral qu'on est obligé d'aborder en des circonstances semblables. Mais ce sont là questions extra-médicales qui, bien qu'étant d'une importance capitale, nous entraîneraient hors du sujet que nous nous sommes proposé.

CONCLUSIONS

I. — Pendant longtemps, la question de l'influence de la grossesse sur la tuberculose a soulevé de nombreuses discussions. Les uns prétendant que la grossesse aggravait la tuberculose, les autres qu'elle n'avait aucune influence sur elle. Jusqu'au milieu du siècle dernier quelques-uns disaient même que la tuberculose était améliorée par la grossesse. Actuellement il est bien établi que les formes fibreuses dites constructives sont peu ou pas influencées par la bacillose pulmonaire. Les formes ulcéro-caséuses dites destructives sont nettement aggravées, et malheureusement cette dernière éventualité est la plus fréquente.

II. — La mise en œuvre du traitement de la tuberculose chez la femme enceinte vise à deux buts : d'abord de sauver la mère en améliorant son état, de permettre ensuite à une nouvelle existence indemne de toute tare tuberculeuse dans la proportion de 75 p. 100 de venir au monde.

III. — Le traitement appliqué sera le plus souvent médical ; le traitement de choix sera le pneumothorax uni ou bilatéral toutes les fois qu'il sera possible. Il sera établi de préférence en cure sanatoriale, celle-ci restant toujours la base du traitement de la tuberculose. Les résultats du pneumothorax sont dans la majorité des cas très favorables : l'évolution s'arrête, les lésions se stabilisent, et la grossesse arrive normalement à son terme. Comme le dit Léon BERNARD : « Le pneumothorax restaure chez la femme l'aptitude à la maternité. »

Tous les autres traitements médicaux : chrysothérapie, calci-thérapie, etc., doivent céder le pas au pneumothorax artificiel dont ils ne sont que les adjuvants.

IV. — La thérapeutique chirurgicale de la tuberculose au cours de la grossesse a fait de grands progrès au cours de ces dernières années. Néanmoins les opérations chirurgicales étant toujours des interventions choquantes chez des sujets sains, le seront à plus forte raison chez des femmes déjà malades et par surcroît enceintes.

V. — Dans quelques cas, les indications thérapeutiques sont des plus difficiles à prendre. La grossesse risque d'amener une fin brutale de la malade, la question de l'interruption se pose alors. Si le cas peut être tranché avant le quatrième mois, et si pendant ce temps d'attente la tuberculose brûle les étapes malgré toutes les thérapeutiques mises en œuvre, aucune hésitation n'est permise et l'opération peut être pratiquée en s'entourant des garanties nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDLER. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction. (Paris, 1927.)
- BAR. — Sur l'interruption de la grossesse au cours de la tuberculose. (*VII^e Congrès de la Tuberculose*, Rome, 1922.)
— Tuberculose et gestation. (*Ac. Méd.*, 1922.)
- BERNARD (L.). — Rapports de la tuberculose et de la grossesse. (*Acad. de Méd.*, 1922.)
— Gestation et tuberculose. (*Presse Médicale*, 16 nov. 1921.)
— Le pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Soc. d'Obst. et de Gyn.*, 1921.)
- BERNARD (L.) et MAYER (Ch.). — La chrysothérapie chez les tuberculeuses enceintes. (*Presse Méd.*, 7 oct. 1921.)
- BINET (Y.). — Pneumothorax artificiel et gestation. (Paris, 1931.)
- BRINDEAU. — Tuberculose et grossesse. (*Congrès de Genève*, 1923.)
— Les indications de l'interruption de la grossesse dans la tuberculose pulmonaire. (*Rev. de la Tub.*, 1931.)
— L'avortement thérapeutique chez les tuberculeuses gravides. Résultats éloignés. (*Rev. de la Tub.*, 1933.)
- CHISZ. — Les idées actuelles sur le pronostic de la tuberculose pulmonaire coïncidant avec la puerpéralité. (*Gynécologie et Obstétrique*.)
- COURMONT. — Pneumothorax artificiel dans la tuberculose pulmonaire au cours de la grossesse. (*Presse Médicale*, 1925.)
- COUVELAIRE. — Tuberculose pulmonaire et fonction de reproduction.
- GHINSBERG-HAIM. — Tuberculose pulmonaire et gestation. (Paris, 1931.)
- GLASER. — Contribution au traitement de la tuberculose.
- GRIMBERT. — Grossesse et pneumothorax artificiel. (Paris, 1923.)

- JEANNIN. — De l'influence de la grossesse sur la tuberculose. (*Presse Médicale*, 1927.)
- JESSEY (H.). — Thorakoplastie et accouchement. (*Rev. Tuber.*, 1933.)
- LAWRENCE FULLER. — Contribution à l'étude des rapports de la tuberculose pulmonaire avec la gravidité et la puerpéralité. (Paris, 1927.)
- PARISOT, SIMONIN et VERMELIN. — De la possibilité d'influences mécaniques favorables de la grossesse sur le cours de la tuberculose pulmonaire. (Paris, 1915.)
- REVEL. — Tuberculose et grossesse. (Paris, 1940.)
- RIST. — Tuberculose pulmonaire et gravidité. (*Revue de la Tuber.*, 1921.)
- SERGEANT. — Tuberculose et grossesse. (*Journal de Méd. et de Chir.*, 1926.)
— Pneumothorax bilatéral après l'accouchement. (*Paris Méd.*, 1936.)
- SMOLEJDESKI. — Grossesse et tuberculose. (*Rev. de la Tub.*, 1933.)
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	9
Formes cliniques de la tuberculose	11
I. — Tuberculoses destructives	12
II. — Tuberculoses constructives	16
Etude du traitement de la tuberculose chez la femme enceinte	19
I. — Traitement médical	20
II. — Traitement chirurgical	28
Conclusions	35
Bibliographie	37

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je reste fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*La tuberculose pulmonaire chez
la femme enceinte — Son évo-
lution — Son traitement*

par Louis BOUZIGUES

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 22 mai 1945.

Le Professeur :
VIDAL.

Vu :

Montpellier, le 23 mai 1945.

le Doyen :
GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Montpellier, le 23 mai 1945.

pour le Recteur :
le Doyen délégué,
P. MATHIAS.

